LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : De la réinfection de la syphilis, par le Dr G. Ogilvie, 693. — **Revue de la presse** : La tuberculose dans l'armée, 695. — **Académie de médecine** : *Séance du 20 octobre.* — Présidence de M. Hervieux, 697. — La variole à Marseille, 698. — De l'actinomycose dans le Gard, 998. — De l'hydronéphrose et son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie, 698. — Psittacose, 699. — Remèdes secrets, 700. — L'alcoolisme chez les nourrices, 700. — Enucléation massive des goîtres, 700. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 16 octobre.* — Présidence de M. d'Heilly, 700. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — Phlébite en plaque simulant la sclérodomie, 701. — Stomatite ulcéro-membraneuse causée par l'antipyrine, 701. — Intoxication saturnine, 701. — **Société de médecine et de chirurgie pratiques** : *Séance du 1er octobre.* — Présidence de M. Saint-Yves-Ménard, 701. — Tumeur fibro-cystique de l'utérus à paroi entièrement vasculaire, 701. — Plaie du cerveau par balle de revolver, 701. — Traitement de la congestion pulmonaire à la période d'asphyxie par les enveloppements froids du thorax, 701. — *Séance du 15 octobre*, 701. — Trois observations de syphilis héréditaire tardive, 701. — Guérison des malades par le traitement mixte, 701. — Torsion du pédicule dans le kyste de l'ovaire, 701. — **Congrès français de chirurgie**, 702. — **Memento pratique** : Traitement du coryza, 705. — **Faculté de médecine de Paris**, 706. — **Nouvelles**, 707.

SYPHILIGRAPHIE

De la réinfection de la syphilis

par le Dr G. Ogilvie

(de Londres)

La réinfection de la syphilis n'est pas encore admise par tous les syphiligraphes et a donné lieu à de nombreuses controverses C'est pourquoi la communication d'un cas bien observé vaut mieux que toutes les discussions stériles.

Le malade en question est un médecin. Celui-ci contracta un chancre au commencement de 1876, durant la 5e année de ses études médicales. Ce chancre offrit tous les symptômes d'un chancre induré, suivi d'une tuméfaction des glandes inguinales et épitrochléennes. Durant plusieurs semaines le traitement fut purement local : emplâtres de mercure ; on n'y eut pas de cautérisation. Trois éminents médecins eurent une consultation pour le traitement à suivre. Deux de ces médecins vivent encore : l'un est professeur de chirurgie à l'une des plus fameuses écoles de médecine, l'autre un médecin bien connu, en activité de service. On se décida en faveur des frictions mercurielles. Quelques jours plus tard une éruption de roséole se manifesta sur la poitrine et sur le ventre, suivie de plaques muqueuses dans la bouche et la gorge, ainsi que du gonflement des glandes cervicales. On fut parfaitement d'accord sur la nature de la maladie. Après quarante frictions l'éruption avait disparu, mais quelques plaques de la gorge et l'adénopathie persistèrent. Le malade était un grand fumeur. L'iodure de potassium lui fut longtemps administré. La membrane muqueuse de la bouche et de la gorge continuait à le faire souffrir pendant plus d'un an. Environ seize mois après l'infection, un grave ulcère se forma derrière la dernière molaire droite de la mâchoire inférieure ; la cicatrice en est encore visible. Le malade fut envoyé à la mer. Le traitement adopté était : cautérisation locale par le nitrate d'argent, et administration interne d'iodure de potassium. Concernant cette première infection, il faut dire qu'elle eut lieu dans une maison de tolérance. Les personnes contaminées qui y furent trouvées par le médecin furent envoyées à l'hôpital de la ville. Il fut prouvé que la femme qui était la source de cette infection avait été, après l'inspection suivante, dirigée à l'hôpital et qu'elle y était en traitement pour des accidents secondaires.

Le malade resta en bonne santé pendant les deux années suivantes. Il contracta alors un chancre mou, suivi de la suppuration des glandes de l'aine gauche qui durent être enlevées ; une large cicatrice en est restée.

Depuis ce temps jusqu'en 1891 aucun symptôme de nature spécifique ne se manifesta. Durant cet intervalle le malade eut deux fois la gonorrhée ; mais, bien que constamment exposé au danger d'infection, il sut y échapper. Jamais il n'eut de retour de chancre, ni d'herpès au prépuce.

Ce fut en 1891 que la seconde infection eut lieu. Le chancre induré ne se montra pas au siège du précédent. Il fut suivi de glandes indurées dans l'aine droite et d'une éruption couvrant presque tout le corps.

A cette époque je vis le malade pour la première fois et je le soigne depuis ce temps. Je ne me souviens pas d'avoir vu un cas plus typique d'éruption

généralisée de roséole mélangée de papules. Celle-ci fut bientôt suivie d'une éruption pustuleuse sur la tête, principalement localisée dans le cuir chevelu, dans les favoris et la moustache, et accompagnée de gonflements glandulaires dans les régions occipitales et cervicales. En cette circonstance le malade fut examiné par plusieurs confrères, et parmi eux se trouvait un des spécialistes les plus éminents de Londres. Aucun de ceux qui furent témoins de ce cas n'eurent le plus léger doute au sujet de sa nature Plusieurs plaques muqueuses apparurent dans la bouche, mais guérirent toujours vite. Comme le malade souffrait d'un mal de Bright, le traitement mercuriel fut commencé avec beaucoup de précaution, mais dut être interrompu après dix jours. Des tentatives répétées pour administrer ce médicament furent également sans succès. Le malade resta donc tout le temps, réellement, sans traitement systématique, car il existait aussi une idiosyncrasie pour l'iodure de potassium. Le malade ne fut jamais depuis ce temps débarrassé de son éruption, sans que pourtant d'autres symptômes se fussent manifestés. Il y a encore à présent une tuméfaction légère des glandes cervicales et une plus considérable sur la clavicule droite, de même que des traces irréfutables des précédentes éruptions sur la peau. La glande épitrochléenne ne peut pas être sentie. Si quelque doute avait pu s'élever sur la nature de ce mal, il aurait disparu devant ce fait qu'un ami du patient contracta cette maladie pour la première fois, de la même source, à peu près à la même date.

Je me suis hasardé à mettre sous vos yeux ce cas parce qu'il me semble le plus complet que l'on puisse enregistrer. La position du malade lui-même, le nombre et l'éminence des médecins qui l'examinèrent, leur unanimité dans leur diagnostic, le caractère complet des deux attaques, l'évidence circonstancielle dans les deux infections, ayant la valeur pratique de ce que les Français appellent une *confrontation*, tout cela constitue une somme de certitude concluante qui ne peut vraiment se produire que par une rare coïncidence de circonstances.

Certainement une grande partie de ce qui a été publié sur la réinfection n'est pas concluante. D'un autre côté le nombre des cas qui remplissent toutes les conditions désirables suffit pour établir que la réinfection est un fait qu'on ne peut révoquer en doute. Des 54 cas que M. Hutchinson a publiés l'an dernier, qu'il a rencontrés dans sa pratique médicale (et qui représentent environ la moitié de ceux dont il a été maintenant témoin) il en considère 32 comme concluants ; quant aux autres ils satisfont pleinement son esprit. Il me semble pourtant que 13 tout au plus sont réellement concluants. Des 4 groupes dans lesquels M. Hutchinson range tous ses cas, le dernier seulement est admissible comme preuve de réinfection. Les cas appartenant au quatrième groupe, dans lequel le mien peut être classé, remplissent, autant que je puis le voir, les conditions exigées par Fournier. La répugnance avec laquelle lui et son école admettent la réinfection semble tout à fait surprenante, si on considère l'improbabilité de l'explication qu'ils donnent. Pour eux, le second chancre induré est une rechute ou une gomme; l'éruption qui suit, quoique ressemblant de façon complète aux éruptions secondaires, est un symptôme tertiaire.

Le pseudo-chancre est rare ; les éruptions générales de la peau, spécialement la roséole, sont encore plus rares comme symptômes tertiaires tardifs. Il est possible que ces accidents exceptionnels puissent se combiner de façon à reproduire la suite ordinaire des manifestations de la syphilis primaire et secondaire, quoiqu'il ne soit point prouvé que cela soit jamais arrivé sans une nouvelle infection. Mais si cela arrivait un jour, ce serait un cas d'une extrême rareté, d'une telle rareté que même s'il pouvait expliquer un cas isolé, on ne pourrait jamais s'en servir pour interpréter un nombre considérable de cas. Un chancre induré, suivi en propre temps d'une éruption généralisée du type secondaire, est le fait le plus banal après une infection récente. Beaucoup d'années après l'infection et après une immunité de longue durée, ce doit être tout ce qu'il y a de plus rare, et ne peut donc fournir l'explication d'une longue série de cas authentiques.

L'essai du Dr Hudelo est, à ma connaissance, la dernière tentative pour réfuter la réinfection syphilitique. L'à peine possible est ici employé pour servir d'explication, et le probable est entièrement perdu de vue. Les difficultés qu'il trouve pour accepter la réinfection rappellent celles qui, depuis Homère, ont inquiété l'esprit humain au sujet de la paternité. La paternité, c'est la pierre philosophale, a dit un Français facétieux, traduction fin de siècle de l'humour shakespearienne. Un pareil scepticisme est réduit *ad absurdum* par l'expérience de chaque jour. Si l'on peut mettre en doute la réinfection syphilitique, on doit douter infiniment davantage d'une série de symptômes tertiaires tardifs simulant la peinture classique des périodes primaire et secondaire. Peut-être il n'y a point un seul fait dans toute la doctrine concernant la syphilis qui puisse échapper aux doutes des sceptiques universels. Quoique sujette à cette commune destinée, la réinfection syphilitique gardera sa place parmi les faits établis par la clinique.

La question de la réinfection a été généralement identifiée avec celle de la curabilité de la syphilis. Neumann et Lang, aussi bien que Diday et Fournier, et la majorité des écrivains voient dans la réinfection la seule preuve que nous ayons de la curabilité de la syphilis. Il me semble que la réinfection ne

prouve pas que la première infection soit guérie ; en même temps, si la réinfection n'existait pas, cela ne prouverait pas que la syphilis doive toujours durer.

Pour ce qui regarde le premier point, je m'en rapporte à ces cas dans lesquels la réinfection a lieu pendant que les symptômes tertiaires se manifestent d'une façon progressive. On peut donner de ces cas deux explications. Ou bien les symptômes tertiaires ne sont pas la syphilis et sont déjà ce qu'on appelle maintenant para-syphilitiques, meta-syphilitiques ou post-syphilitiques, ou bien la présence de la syphilis actuelle n'est pas une absolue protection contre la réinfection. Beaucoup d'accidents qui appartiennent à la syphilis précoce, le mélange des manifestations secondaires et des manifestations tertiaires, la nature d'un grand nombre d'accidents tertiaires, et aussi l'apparition précoce des symptômes tertiaires dans la syphilis héréditaire précédant fréquemment les symptômes qu'on appelle secondaires, tout cela parle contre la première explication. Il s'en suit que la réinfection n'est pas une preuve absolue de la guérison d'une précédente syphilis.

D'un autre côté si la réinfection n'existait pas, cela ne serait pas une preuve que la syphilis n'a jamais disparu, car l'immunité ne prouve pas un mal latent. Une première attaque peut influer sur la constitution au point de protéger un malade contre la réinfection, sans pourtant l'exposer à d'autres manifestations de la maladie.

Tout en n'admettant pas le fait de la réinfection comme une preuve absolue de la curabilité de la syphilis, je ne puis, pour ce qui regarde cette dernière, partager le pessimisme de Fournier, de Gower etc. Il est sûrement impossible de prouver que les milliers de syphilitiques qui ont vécu en parfaite santé jusqu'à un âge avancé, et ont produit des enfants parfaitement sains, n'ont pas gardé une susceptibilité à de nouvelles manifestations, qui ne se sont pas produites par suite seulement de l'absence d'une cause excitante. Mais contre cette potentialité problématique s'élève, d'autre part, le fait actuel de l'absence de symptômes dans un nombre innombrable de personnes, de même que dans leur progéniture, absence de symptômes durant des années jusqu'à leur mort. Ce serait d'un scepticisme outré de prouver que cette dernière considération pèse moins que la précédente.

Voici un bon mot attribué à un grand médecin anglais : « L'âme de l'homme qui aura eu la syphilis dans ce monde se lèvera syphilitique. » Ici-bas, nul ne pourra prouver que ce médecin a eu tort. Mais, en somme, la guérison de cette maladie et nos efforts pour l'obtenir appartiennent à ce monde seulement. Pratiquement la syphilis se range parmi les maladies guérissables, quand même la preuve de cette curabilité ne pourrait pas être trouvée dans la réinfection.

REVUE DE LA PRESSE

La tuberculose dans l'armée. — Il est peu de médecins qui n'aient vu succomber à la tuberculose, soit au cours de leur service militaire, soit peu de temps après l'avoir quitté, des jeunes gens qui ne paraissaient nullement prédestinés à cette maladie et qui très vraisemblablement n'auraient pas été frappés s'il n'avaient dû satisfaire à ce service. Pour les uns, cette éclosion brusque de la maladie est due à une tuberculose latente, antérieure même à l'entrée du malade au régiment, pour les autres elle est due à la contagion. Cette question si importante, M. le Dr Granjux, ancien médecin de l'armée, vient de la présenter et de la discuter très complètement avec sa compétence bien connue dans toutes les choses de la médecine militaire, dans un article de la *Revue de la tuberculose* (n° 2) que nous essaierons de résumer ici.

A priori, on pourrait croire que, grâce à la sélection opérée par les conseils de revision, la tuberculose reste exceptionnelle chez le soldat. Or il est loin d'en être ainsi

La statistique montre, en effet, que l'armée élimine chaque année, tant par décès que par réforme, plus de 7 tuberculeux sur 1.000 présents et que le nombre des atteintes de la tuberculose suit une marche ascendante. C'est ainsi que de 5,48 p. 1,000 qu'elle était en 1888, cette élimination est arrivée à 7,25 en 1893. On pourrait se demander si l'augmentation de fréquence de la tuberculose dans l'armée est apparente plutôt que réelle.

Il est bien certain que la restitution à la tuberculose de ses méfaits, dissimulés jadis sous une autre étiquette, augmente le chiffre de ses atteintes d'une certaine quantité, mais qui est inférieure à l'écart qui existe entre les chiffes du passé et ceux du présent. Il y a donc d'autres motifs à l'augmentation de la fréquence de la tuberculose, dont l'une au moins est mise en évidence par les statistiques déjà citées, qui montrent qu'au fur et à mesure que la durée de service diminue, au fur et à mesure que la proportion des jeunes soldats augmente par rapport aux anciens, en même temps les atteintes de la tuberculose deviennent plus nombreuses.

Le fait, d'ailleurs, n'a pas lieu de surprendre, car on sait depuis longtemps que la tuberculose sévit principalement sur les jeunes soldats.

Un fait à noter, du reste, c'est que la situation est à peu près la même dans toutes les puissances européennes : la tuberculose y augmente et le chiffre des éliminés est à peu près le même qu'en France. L'Angleterre seule, en raison du chiffre réduit de ses effectifs, fait exception à la règle, et la cause générale de cet accroissement paraît, comme l'a dit Kelsch, en rapport avec l'aggravation des obligations profes-

sionnelles imposées aux armées actuelles dans le but d'atteindre la perfection dans l'art de la guerre dans le moins de temps possible.

Si maintenant on compare la mortalité par phtisie dans l'armée à celle de la population civile, on voit que cette mortalité parmi les soldats est supérieure d'au moins 1 p. 1.000 à celle que présente les jeunes gens du même âge dans la population civile, chiffre considérable si l'on songe à la sélection préalable dont les militaires ont été l'objet.

Comment, dès lors, expliquer cette prédominance de la tuberculose dans l'armée? Elle peut tenir à l'incorporation soit de tuberculeux confirmés, soit d'individus tuberculisables, ou être le fait de la contagion.

Or, un examen attentif des faits montre que les tuberculeux confirmés, s'ils échappent au conseil de revision, sont réformés dès leur arrivée sous les drapeaux et par conséquent, sont arrêtés sur le seuil des casernes.

Quant aux tuberculisables, ils auraient, suivant M. le médecin-inspecteur Kelsch, une très grande importance dans la question; selon lui, la plupart de ces futurs tuberculeux portent des tuberculoses latentes à leur entrée au régiment, lesquelles éclatent au bout de quelque temps. Cette opinion n'est pas partagée par tous les médecins, et les statistiques les plus soigneusement faites montrent que des tuberculoses qui se manifestent après l'incorporation, à peu près moitié sont constatées chez les prédisposés à antécédents héréditaires et à constitution douteuse; et on peut conclure que près de la moitié des cas se développent chez des hommes ayant plus d'un an de service, sans antécédents héréditaires, d'apparence robuste, et qui sont probablement des contagionnés. Cette conclusion est du reste démontrée par les faits nombreux dans lesquels on voit la maladie se montrer pour ainsi dire à l'état endémique dans certaines casernes : c'est ainsi que la statistique de 1893 — pour ne citer que celle-là — rapporte un fait bien typique : « La tuberculose est signalée avec une fréquence particulière au deuxième régiment du génie à Montpellier où, sur 71 radiations, ce corps compte 37 réformes pour tuberculose, dont 6 prononcées à l'arrivée et 31 en cours de service; ce chiffre correspond à 17 p. 1.000 de son effectif. La maladie est loin de limiter ses atteintes aux hommes reconnus à la visite d'incorporation comme présentant une constitution débile, un poids faible et un périmètre thoracique réduit; on la voit s'attaquer surtout à ces hommes vigoureux qu'on devrait croire à l'abri de toute prédisposition, et qu'on est porté à considérer comme des victimes de la contagion.

— Telles sont les conditions que l'on peut considérer comme étant la cause de la fréquence de la tuberculose dans l'armée. M. Granjux, après cette démonstration, étudie les moyens de remédier à cette situation.

La meilleure prophylaxie consisterait dans un meilleur choix des recrues, ainsi que le vote du Congrès d'hygiène de Turin l'a indiqué; mais la chose est plus facile à dire qu'à faire ; le peu de temps qu'a le médecin expert pour se prononcer est le premier obstacle, et il faut reconnaître que le diagnostic des tuberculoses latentes est extrêmement délicat et demande beaucoup de temps.

Lorsqu'il fut démontré que les rapports de la taille et du périmètre thoracique pouvaient permettre d'apprécier la vigueur de la constitution, les médecins militaires crurent trouver là le procédé cherché depuis si longtemps.

Le 13 mars 1876, une circulaire ministérielle enjoignit de ne pas prendre les conscrits dont le périmètre thoracique n'égalait pas la demi-taille plus 2 centimètres pour les sujets de 1 m. 60 et au-dessus, plus 3 centimètres pour les hommes de tailles inférieures.

Mais l'application de cette mesure entraîna une élimination qui fut trouvée exagérée, et elle fut rapportée presqu'aussitôt, chose regrettable, car il y a là un élément d'appréciation très important. En Belgique, une règle analogue avait été établie sur le rapport entre la taille et le poids et on y renonça par la même raison. Néanmoins il serait très à désirer que l'on utilisât ces deux procédés dont le principe est excellent et qu'on fît en outre entrer en ligne de compte l'hérédité tuberculeuse, point que ne mentionne même pas l'instruction sur l'aptitude au service militaire.

Les moyens propres à éviter l'introduction dans l'armée des hommes prédisposés à la tuberculose ne représentent que la moitié de la question, car il serait tout aussi nécessaire de rendre à la vie civile tout soldat, non seulement dès qu'il se tuberculise, mais même dès qu'il est en imminence tuberculeuse. Malgré les circulaires ministérielles, les choses sont loin d'en être ainsi pour des raisons d'ordre clinique et administratif.

Il y a des soldats, — les ordonnances, les ouvriers, les secrétaires, les employés, etc., en un mot tous ceux qui ont une petite situation qu'ils craignent de perdre — qui ne se présentent à la visite médicale qu'au moment où l'état avancé de leur affection exige leur transport immédiat à l'hôpital.

Aussi est-il assez fréquent, ainsi que l'a dit Marvaud, de voir arriver dans les salles des poitrinaires avec lésions avancées qui n'ont jamais eu un seul jour d'indisponibilité à la chambre.

Mais il est une condition, peu connue du public médical, en dehors de l'armée qui rend presque nécessaire le maintien des hommes suspects jusqu'au jour où la maladie est confirmée.

C'est qu'un homme, une fois incorporé, ne peut plus

quitter l'armée que par réforme. Comme elle est définitive, qu'elle entraîne la radiation non seulement de l'armée active, mais aussi de la réserve et de l'armée territoriale, les commissions spéciales se montrent avec raison difficiles. Pour que la réforme soit prononcée, il faut que les médecins puissent affirmer l'existence d'une maladie incurable, et on se trouve conduit à conserver dans l'armée, quelquefois pendant plusieurs années, des jeunes gens manifestement trop faibles, et des malades chez lesquels la tuberculose existe, mais à l'état latent, sans qu'on puisse affirmer son existence en s'appuyant sur des signes physiques manifestes.

Il serait évidemment avantageux pour ces malades de pouvoir rentrer dans leur famille, quand ils le désirent; l'Etat y trouverait aussi son avantage; mais pour que ce résultat soit obtenu, il faut que notre législation sur les réformes soit modifiée; il faut que les commissions puissent se montrer beaucoup plus larges, ce qui n'arrivera que s'il est établi que les hommes renvoyés dans leurs foyers ne sont pas perdus définitivement pour l'armée.

C'est, en somme, la réforme à durée limitée, la réforme temporaire que réclament les médecins militaires, en s'appuyant sur les excellents résultats que ce système a donnés à l'étranger, notamment en Allemagne.

— Reste la question relative aux conditions qui favorisent la contagion dans l'armée. Ainsi que le fait remarquer M. Granjux, dans l'armée, comme ailleurs, la contagion de la tuberculose exige la réunion de deux facteurs : le premier, nécessaire, est le germe infectieux; le second, non moins indispensable, est la connivence de l'organisme (Bouchard).

Or, le bacille abonde dans les chambrées, et la vie militaire, par ses conditions d'affaiblissement organique, prépare si bien le terrain pour l'ensemencement, que les tuberculoses latentes se réveillent et que nombre de vigoureuses constitutions sont vaincues et succombent dans cette lutte pour la vie.

Au point de vue de la contagion, c'est encore la question du crachat qui domine la situation. Malgré quelques heureuses exceptions, le plancher des casernes est presque toujours souillé de crachats et on sait que c'est là l'agent essentiel de la maladie. Aussi, tous les médecins militaires réclament-ils l'adoption dans les casernes des crachoirs communs permettant de remédier à ce danger permanent, et en outre, ainsi que l'a demandé M. Vallin, on pourrait profiter du départ des soldats aux manœuvres pour faire une désinfection générale des casernes.

Enfin, il y aurait beaucoup à faire pour modifier les conditions mêmes inhérentes à la vie militaire et prédisposant à la tuberculose. Parmi celles-ci, la vie urbaine, l'encombrement, l'alcoolisme, l'alimentation défectueuse jouent un rôle bien important, mais de toutes, la principale est asurément le surmenage; c'est là, dit M. Granjux, le fléau des armées modernes; il est en proportions directes de la réduction du temps de service. On veut en un an faire non seulement des soldats, mais des gradés, et alors le troupier, du lever au coucher, n'a pas une minute de libre; de l'exercice il va aux théories, des théories à la manœuvre, de la manœuvre aux corvées, des corvées à l'astiquage ou au pansage, etc.; en somme, il est pris dès le réveil dans un engrenage d'où il sort le soir aux trois quarts fourbu. Lorsqu'il a passé la nuit au poste, en descendant de garde, au lieu du repos, cependant bien gagné, c'est encore l'exercice qui le guette.

Cet exercice perpétuel, fatigant pour l'ancien soldat, qui tâche de l'éviter le plus possible, est particulièrement pénible pour les recrues déjà moralement touchées par l'abandon de la famille, de leur situation, de tout ce qui constituait leur existence. Cet état de dépression morale est augmenté par les déboires du début de la vie militaire : brimades des anciens, fatigue physique et morale, crainte des gradés dont tous n'ont pas le tact nécessaire, etc.

De ce côté donc, il y aurait beaucoup à faire.

Mais, ajoute M. Granjux, il ne faut pas se dissimuler que toutes les mesures que l'on prendra, en supposant que le ministre veuille bien les prescrire, resteront stériles, tant qu'il n'existera pas dans l'armée un contrôle sanitaire analogue au contrôle administratif, et indépendant, comme lui, des chefs de corps.

Des instructions hygiéniques, dont ils ne peuvent ni apprécier la portée, ni comprendre la rigueur minutieuse des détails et qu'ils regardent comme une atteinte à leur autorité, les colonels ne prendront que ce qu'ils voudront, tant que les médecins militaires, placés sous leurs ordres directs, seront par cela même condamnés au silence.

« De même que les intendants sont absolument indépendants des corps qu'ils administrent, de même les médecins devraient être étrangers aux régiments dont ils soignent les hommes. Dans chaque garnison un médecin-chef de la place, ayant vis-à-vis du commandement la même situation que l'intendant, ferait faire le service dans les différents corps de troupe, au moyen d'un roulement dans le personnel mis à sa disposition et rattaché à l'hopital. (*Journal de Méd. et chirurg. prat.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre. — Présidence de M. HERVIEUX.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Saint-Yves Ménard, Haufmann, Cadiot, Barrier, candidats dans la section de médecine vétérinaire; 2° des lettres de MM. Troisier et Rendu, candidats dans la section de pathologie médicale; 3° une lettre de M. L. Guignard, candidat dans la section de pharmacie.

La variole à Marseille. — M. Queirel (de Marseille) tient à dire que, malgré l'éloignement de Paris, ni les médecins, ni la municipalité de Marseille ne sont étrangers aux doctrines régnantes et que lui-même a toujours professé que les trois facteurs nécessaires pour combattre les épidémies de variole sont la vaccination, l'isolement et la désinfection. Il y a eu, il est vrai, de nombreux cas de variole à Marseille, mais c'est malgré toutes les mesures prises. Si malgré tout la variole persiste, c'est qu'il passe à Marseille un grand nombre d'étrangers, de marins surtout, parmi lesquels il y a un grand nombre de varioleux; cela tient aussi à ce qu'il y a à Marseille 75,000 Italiens qui vivent dans des conditions hygiéniques déplorables et qui se refusent à toutes les mesures sanitaires. La population de Marseille comprend 16 0/0 d'Italiens et sur le total des décès par variole 35 0/0 est fourni par les Italiens, tout le reste de la population française ne donnant que 65 0/0. Pour conclure M. Queirel émet le vœu qu'à défaut d'une loi, qu'il demande sur la vaccination obligatoire, on rappelle aux médecins les prescriptions de la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et que les municipalités prennent toutes les mesures sanitaires qu'elles pourront mettre en jeu.

De l'actinomycose dans le Gard. — M. Reboul, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, avait communiqué au Congrès de chirurgie en 1895, un cas d'actinomycose thoracique. C'était le premier cas d'actinomycose observé ou du moins publié dans le Sud-Est de la France. Depuis lors, le Dr Reboul, ayant eu l'occasion d'opérer un cas d'actinomycose cervico-faciale, a cherché à savoir s'il n'existait pas d'autres cas d'actinomycose dans le Gard. Il a pu, en s'adressant à tous les docteurs en médecine, chirurgiens, dentistes et médecins-vétérinaires de ce département, en réunir dix cas, dont cinq chez l'homme et cinq chez les animaux. Les cinq cas observés chez l'homme se décomposent ainsi par ordre de date : 1 cas d'actinomycose pulmonaire (observation I) (Docteur Auphan); un cas d'actinomycose cervicale et généralisée (observation II. — Docteur Mazel père); un cas d'actinomycose thoracique (observation III. — Docteur Brousson); un cas d'actinomycose thoracique (observation IV. — Docteurs Reboul et Lafon. Congrès de chirurgie 1895); un cas d'actinomycose cervico-faciale (observation V, cas inédit dont le Dr Reboul rapporte l'observation dans son mémoire). Dans les cinq cas d'actinomycose chez les animaux, la maladie siégeait aux maxillaires; elle a été constatée quatre fois chez le bœuf : (MM. Fesquet, 2 cas; Couderc, 1 cas; Montfajon, 1 cas), et une fois chez le cheval : (MM. Roche père et fils).

Les cas IV et V sont intéressants au point de vue étiologique; les deux malades habitaient des régions humides; le premier avait l'habitude de mâchonner des brins d'herbe, des pailles; le second allait s'amuser dans une ferme où deux bœufs paraissent être morts d'actinomycose. Dans le cas observé par M. Montfajon sur un bœuf, on a trouvé dans l'alvéole d'une molaire des épillets d'hordeum murinum, qui peuvent avoir inoculé l'animal ou tout au moins créé une porte d'entrée à l'actinomycès.

La constatation de ces cas d'actinomycose dans le Gard a paru suffisante au Dr Reboul, pour attirer l'attention sur l'existence de l'actinomycose dans ce département.

De l'hydronéphrose et son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie. — M. Bazy. Il y a trois ans, j'ai eu l'honneur de vous présenter, sous le nom d'urétéro-cystonéostomie, une opération destinée, dans le cas de fistule urétéro-vaginale, à aboucher à nouveau l'uretère dans la vessie et par conséquent à conserver le rein qui était invariablement sacrifié autrefois.

L'opération a tenu les promesses qu'on en attendait, car les deux malades auxquelles je l'ai faite sont actuellement bien portantes, et il y a plus de trois ans pour l'une et près de trois ans pour l'autre que je l'ai faite.

Chez l'une, l'opération fait disparaître un gonflement du rein qu'on pouvait attribuer à de l'hydronéphrose.

C'est pour guérir une hydronéphose volumineuse que j'ai pratiqué l'opération dont je viens de vous entretenir aujourd'hui sous le nom d'urétéro-pyélo-néostomie ou nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet par une opération qui paraissait irréalisable à MM. Terrier et Baudouin, quant ils ont écrit leur remarquable mémoire sur l'hydronéphrose intermittente (*Rev. de Chir.*, 1891, p. 1080),

Le sujet qui en était porteur est un homme de 40 ans que j'ai opéré avec l'aide de mon ami Ch. Nélaton et de deux de mes internes, le 27 juillet dernier.

Je n'insiste pas sur les détails de l'observation; je la résumerai en disant qu'il s'agissait d'une hydronéphrose contenant un litre de liquide hématique, proéminant du côté de la paroi abdominale antérieure.

Elle fut abordée par la paroi antérieure de l'abdomen et sur la ligne médiane, au moyen d'une incision de 10 cent. de long environ.

L'épiploon et le mésentère furent traversés, l'hydronéphrose ponctionnée, évacuée et largement ouverte.

L'uretère fut cherché, son orifice fut trouvé siégeant à la partie moyenne de la poche, sur la paroi interne de cette poche.

Cet orifice n'était pas plus large que l'uretère lui-même, qui venait ainsi s'insérer sur le bassinet à la façon d'un tube qu'on aurait soudé à un ballon.

Parti de là, l'uretère, d'un volume égal dans toute l'étendue où nous pouvions le voir, et de volume normal, se dirigeait en bas, accolé contre la paroi du bassinet, qui devait l'aplatir et empêchait l'écoulement de l'urine.

Nous avons cherché la cause de cette disposition et nous ne l'avons pas trouvée : nous n'avons trouvé aucune bride maintenant l'uretère, le tenant suspendu, l'oblitérant, pendant que le rein descendait.

J'ai alors cherché le rein, décidé à me comporter d'après l'état dans lequel je le trouverais.

Or, nous l'avons trouvé un peu allongé mais de volume, d'épaisseur et de consistance tels qu'il nous a paru sain et devoir fonctionner normalement. J'ai alors décidé de le conserver.

Pour cela, après avoir sectionné l'uretère de façon à le raccourcir et à lui laisser une longueur juste suffisante, j'ai incisé la paroi postéro-inférieure du bassinet jusqu'au point où je voulais insérer cet uretère. J'ai fendu l'extrémité de ce dernier longitudinalement sur une étendue d'un bon centimètre, et j'ai suturé cette extrémité au bassinet.

L'urétère s'insérait alors sur la paroi postérieure du bassinet et dans son pôle inférieur mais à une certaine distance de son extrémité inférieure.

J'introduis une sonde en caoutchouc rouge, n° 12, dans l'uretère à une profondeur de 10 centimètres environ. Je résèque une partie du bassinet; je rétrécis considérable-

ment l'ouverture faite à ce bassinet, je le suture à la paroi, de façon à laisser juste le passage de la sonde urétérale, et je ferme la paroi par trois plans de suture.

Je n'insiste pas sur les suites qui furent simples. Le nouvel abouchement de l'uretère, qui n'avait pas fonctionné tant que la sonde est restée dans l'uretère, fonctionne à partir du moment où elle fut enlevée, ce qui m'engagerait à ne plus mettre de sonde, si j'avais une opération semblable à pratiquer.

A partir du moment où l'uretère a fonctionné, il l'a fait d'une manière ininterrompue, et jamais je n'ai pu saisir la moindre tuméfaction dans la région occupée par le rein.

J'ai revu mon opéré il y a douze jours ; il n'existe pas la plus petite tuméfaction de la région ; il n'a jamais souffert dans ce point ; il n'éprouve plus les sensations de poids qu'il éprouvait avant l'opération. La palpation bimanuelle permet de soupçonner plutôt que d'affirmer l'existence du rein dans l'hypochondre gauche. Dans tous les cas son extrémité inférieure ne dépasse pas une ligne horizontale passant par le rebord costal alors qu'au moment de l'opération ce bord inférieur descendait dans la fosse iliaque.

Le résultat paraît devoir se maintenir pour trois raisons :

1° Parce que l'uretère a toujours fonctionné d'une manière régulière depuis le jour où il a commencé ;

2° Parce que s'il n'eût pas bien fonctionné, le bassinet se serait rapidement dilaté comme il l'a fait sous nos yeux dans les jours qui ont précédé l'opération, et nous aurions perçu une tumeur ;

3° Parce que la fixation du bassinet à la paroi assure la fixité du rein, de même que le point où se fait l'abouchement de l'uretère empêche et empêchera, je l'espère, toute une nouvelle coudure de l'uretère et toute oblitération (1).

Psittacose. — M. Debove lit un rapport sur un travail de MM. A. Gilbert et L. Fournier intitulé : *Contribution à l'étude de la psittacose.* Il s'agit là, comme on le sait, d'une maladie infectieuse d'un type spécial, transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets atteints de cette même affection. MM. Gilbert et Fournier ont donné, avec la relation d'une épidémie familiale de psittacose qui éclata à Paris au mois de février dernier, les résultats des recherches bactériologiques qu'ils ont entreprises dès cette époque sur ce sujet.

Voici, en résumé, l'histoire de cette épidémie.

Le 30 décembre 1895, M. X... achète trois perroquets ; il en envoie un chez une parente, Mme Z... ; quelques jours après le perroquet meurt et Mme Z .. tombe malade ainsi que sa bonne. Ces deux personnes guérissent en 3 semaines.

Les deux perroquets gardés par M. X... meurent, l'un le 3, l'autre le 10 janvier.

M. X... est pris, le 15 janvier, de fièvre et de courbature. Son état s'aggrave rapidement et l'on note les symptômes suivants : frissons, soif vive, vomissements incessants, constipation, céphalalgie intense, agitation, insomnie ; la température oscille entre 40°5 et 41°, le pouls est à 100 ; le délire apparaît, le malade perd ses matières, les urines sont rares, foncées et un peu albumineuses. Le 22 janvier on constate l'existence d'un foyer de pneumonie à la base droite. Les phénomènes nerveux prennent une très grande intensité : agitation, trémulation, carphologie, délire continu ; puis le malade tombe dans le coma et meurt le 26 janvier.

Mme X... est atteinte quelques jours après son mari, le 22 janvier. Début brusque : frissons, fièvre vive, vomissements répétés pendant les deux premiers jours, soif intense, pas de diarrhée, urines rares et albumineuses. La température oscille entre 39°5 et 40°. Les complications pulmonaires se montrent bientôt : foyers de broncho-pneumonie aux deux bases : les phénomènes nerveux deviennent très intenses, l'état général s'aggrave rapidement, la malade meurt dans le coma le 1er février.

Le fils deM. et Mme X... a été atteint lui aussi, mais d'une façon très légère et a guéri rapidement.

En résumé, cette épidémie de psittacose a frappé 5 personnes : 3 furent atteintes légèrement ; 2 moururent en 8 et 9 jours. Ces deux dernières avaient plus que les autres touché et soigné les perroquets ; elles les nourrissaient de bouche à bec alors qu'ils étaient déjà malades.

Pendant toute sa durée l'affection a présenté chez ces deux personnes le tableau d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, sans phénomènes abdominaux et avec grande prédominance des troubles nerveux.

Dans la seconde partie de leur mémoire, MM. Gilbert et Fournier rapportent les résultats de leurs recherches bactériologiques sur la psittacose. On sait que M. Nocard a décrit en 1893 un bacille qu'il avait trouvé dans la moelle osseuse d'ailes de perruches rapportées en France par Marion et Dubois.

Chez M. et Mme X..., l'examen des produits d'expectoration et du sang recueilli par piqûre de la pulpe du doigt ne donna aucun résultat. MM. Gilbert et Fournier, par contre, retrouvèrent le bacille décrit par M. Nocard dans les viscères et la moelle d'un perroquet qui était mort en quelques jours chez le marchand d'où provenaient les perroquets de M. X... Ils purent enfin, grâce à l'obligeance de M. Mathieu, retrouver le même micro-organisme dans le sang du cœur d'une femme morte de psittacose dans le service de ce dernier à l'hôpital Andral.

Voici les principaux caractères de ce microbe : bacille court à extrémités arrondies, aérobie et anaérobie, extrêmement mobile, se développant rapidement sur tous les milieux, ne prenant pas le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine, ne faisant pas fermenter la lactose, ni virer le tournesol, ni coaguler le lait, ne donnant pas d'indol. Sur pomme de terre il présente l'aspect du bacille d'Escherich ; sur le milieu d'Elsner il pousse lentement et donne de très petites colonies. Il possède 10 à 12 cils vibratiles, comme le bacille d'Eberth, mais plus fragiles et se détachant plus facilement. En ajoutant à X gouttes d'une culture en bouillon de 24 heures 1 goutte de sérum de typhique, on voit se produire une agglutination des bacilles ; mais entre les agglomérats, — bien moins nets que ceux donnés dans les mêmes conditions par un bacille typhique — les microbes conservent intacte leur mobilité. Le sérum d'un individu sain ne semble avoir aucune action semblable sur ces microbes.

Le bacille de la psittacose est d'une virulence extrême non seulement pour les perruches, mais aussi pour différents autres animaux : souris, cobayes, lapins, pigeons. L'inoculation sous-cutanée, intra-veineuse et intra-péritonéale, tue ces animaux entre 12 et 48 heures ; on peut les

(1) Je viens de faire à nouveau cette opération dans un cas d'anurie chez un calculeux hématurique.

infecter en leur faisant absorber des cultures, mais les résultats sont moins constants.

Ce bacille se rapproche par certains caractères du bacille d'Eberth ; mais il s'en distingue par l'apparence de ses cultures sur gélatine et sur pomme de terre, et surtout par son extrême virulence à l'égard des animaux de laboratoire. D'autre part, au point de vue clinique, la psittacose pourrait être considérée comme une septicémie typhique ; on sait que le bacille d'Eberth peut envahir ainsi l'organisme et produire des septicémies dont l'évolution et la symptomatologie s'éloignent singulièrement de celles de la fièvre typhoïde normale. Mais il s'agit ici bien vraisemblablement d'une maladie microbienne nettement différenciée, qui paraît fréquente chez les psittacés et qui peut se transmettre à l'homme avec une redoutable facilité.

La psittacose est certainement plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici ; elle est souvent confondue avec d'autres maladies infectieuses ; MM. Gilbert et Fournier pensent que c'est à la psittacose qu'il faut, par exemple, rapporter un certain nombre de ces épidémies pneumoniques de famille ou de maison.

Aussi quelques mesures prophylatiques semblent-elles nécessaires : surveillance des arrivages de perruches, instructions pour les oiseliers et pour les personnes qui possèdent des perroquets ou des perruches au sujet de ces animaux lorsqu'ils semblent malades.

Remèdes secrets. — M. P. Regnard lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des remèdes dits secrets et nouveaux un rapport dont les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

L'alcoolisme chez les nourrices. — M. Valin. J'ai fait depuis quelque temps une enquête dans un certain nombre de familles aisées et j'ai constaté que souvent on donnait aux nourrices une bouteille de vin par jour et environ deux bouteilles de bonne bière. Bien souvent les accidents observés chez l'enfant ne sont pas rapportés à l'alcool qui passe dans le lait de ces nourrices. Souvent un enfant de quelques mois est agité, et ne se calme pas quand on le met au sein ; puis des accidents convulsifs se produisent, soit localisés, soit généraux et persistants. Le plus souvent les parents croient à la dentition, le médecin craint la méningite, mais on s'aperçoit que la nourrice boit une bouteille et demie de vin par jour, du cognac dans son café, de la bière, etc. On supprime cette quantité exagérée d'alcool et les accidents cessent immédiatement chez l'enfant. M. Valin cite plusieurs cas du même genre. M. Jules Bergeron avait déjà publié autrefois deux de ces cas.

On sait que chez le buveur on peut retirer de l'alcool en distillant l'urine, le lait, ou le liquide provenant du parenchyme de différents organes. La nourrice qui fournit un litre de lait par jour est excusée de boire davantage et on ne lui donne pas d'eau qui est réputée dans le vulgaire comme une boisson débilitante, tandis que le vin et la bière sont considérés comme des boissons hygiéniques et nécessaires à l'homme et à la nourrice.

Dans la pratique, un demi-litre de vin par jour en mangeant, un litre de bon lait dans l'intervalle, et de l'eau édulcorée avec un sirop de fruit quelconque, à la rigueur un peu de bière de bonne qualité et peu alcoolique, tel serait le régime de boissons le plus favorable pour une nourrice.

Enucléation massive des goîtres. — M. Poncet (de Lyon) propose un nouveau procédé opératoire pour l'ablation du corps thyroïde dans le goître. La forme charnue du goître est justiciable de la thyroïdectomie. La forme kystique relève de la strumectomie, ou énucléation intra-glandulaire. En pareil cas les kystes sont enlevés à la manière d'un kyste sébacé du cuir chevelu, sans ligature des artères thyroïdiennes et tout en laissant assez de tissu thyroïdien pour parer en tous les cas aux accidents myxœdémateux : cette opération est simple et comporte un pronostic des plus satisfaisants.

Mais à côté de ces deux formes il y en a une dans laquelle le nombre des kystes est tel qu'il ne reste plus de substance charnue ; dans cette forme il faut avoir recours non à l'énucléation intra-glandulaire, mais à l'énucléation massive des tumeurs, opération sur laquelle M. Poncet désire aujourd'hui appeler l'attention en rapportant un certain nombre de faits à l'appui. Il a fait cette opération dans vingt-huit cas. Dans cette forme le tissu thyroïde est complètement atrophié, il n'est donc pas utile de lier les gros vaisseaux, mais pour éviter les hémorrhagies secondaires, il faut faire la ligature en surjet en adossant très exactement les surfaces cruentées afin qu'il ne reste aucune cavité dans laquelle il puisse se faire un hématome.

En résumé cette énucléation massive s'applique à une variété assez fréquente de goîtres ; elle est simple et met à l'abri des hémorrhagies consécutives quand on fait avec du catgut une suture de toute l'épaisseur des lèvres de la plaie.

A 5 heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre. — Présidence de M. d'Heilly.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — M. Catrin. — Sur 48 malades entrés au Val-de-Grâce, en août et septembre dernier, avec le diagnostic de dothiénentérie probable, dans 36 cas j'ai obtenu la séro-réaction immédiate. Dans 11 cas d'embarras gastrique, la séro-réaction a donné un résultat négatif. Un procédé élégant d'obtenir la séro-réaction est le suivant : Entre une lame et une lamelle on verse huit à dix gouttes de culture d'Eberth, puis on fait couler une goutte de sérum typhique sur le bord de la lamelle : au microscope on voit, peu à peu, le sérum se diffuser dans le liquide, arrêter les mouvements si vifs des bacilles, puis les rassembler, les accoler. Tous les phénomènes passent ainsi sous les yeux.

Il est bon de toujours faire l'épreuve de la clarification du bouillon ; quand elle échoue, c'est ordinairement que les cultures sont impures.

Dans deux cas le sérum du pus provenant de phlegmon typhique a donné la séro-réaction. Agglutination et immunisation paraissent deux choses bien différentes : l'agglutination se produit, en effet, dès le 4e jour.

Il m'a semblé que plus la réaction était tardive et faible, plus la fièvre typhoïde était bénigne, mais ce ne sont là que des données préliminaires.

M. Widal. Avec M. Sicard, nous avons récemment observé de nouveaux cas de typhoïdette à séro-diagnostic positif. L'évolution de la maladie avait été des plus bénignes, semblable à celle observée par M. Catrin chez ses

malades, et, sans la réaction agglutinante, le diagnostic aurait été impossible.

La réaction est moins intense et surtout moins durable après la défervescence dans les cas de fièvre typhoïde légère que dans les cas graves, mais au point de vue pratique, la question du séro-pronostic doit rester encore très réservée, d'autant que le pronostic de la fièvre typhoïde dépend souvent de causes multiples, indépendantes de l'action du bacille d'Eberth.

Périphlébite en plaque simulant la sclérodermie. — M. THIBIERGE présente un malade de 11 ans, chez lequel on voit une périphlébite en plaque simulant la sclérodermie. Elle en diffère : 1° en ce qu'il manque le liseré violacé qui borde ordinairement les plaques sclérodermiques; 2° en ce qu'on observe, au pourtour de la plaque, des nodosités arrondies, disposées en chapelet et dessinant nettement le trajet d'un vaisseau.

Stomatite ulcéro-membraneuse causée par l'antipyrine. — M. DALCHÉ. Une stomatite ulcéro-membraneuse typique se répéta plusieurs fois et chaque fois les accidents apparurent quatre à huit heures après l'absorption de un gramme d'antipyrine. L'affection céda assez rapidement à des lavages boriqués et à une potion de chlorate de potasse à l'intérieur. Il est rare de constater des accidents aussi sérieux à la suite de l'administration de l'antipyrine. On a, cependant, cité quelques cas analogues. Dans tous, les accidents se montrèrent après l'absorption de faibles doses d'antipyrine, chez des personnes qui, à d'autres moments, avaient, sans aucun inconvénient, pris des doses égales ou supérieures d'antipyrine.

Intoxication saturnine. — M. RENDU. Voici deux faits de nature à montrer combien il est parfois difficile de poser le diagnostic d'intoxication saturnine, en raison des nombreuses sources possibles de cette intoxication.

Un jeune homme de 23 ans, d'une excellente santé habituelle, est pris, le 15 août dernier, sans cause apparente, de lassitude extrême, courbature, douleurs de jambes, constipation intense. Les jours suivants, coliques sèches, vomissements, sub-ictère, et une sorte de délire. On diagnostiqua une colique hépatique et on institua un traitement approprié. Tout semblait terminé au commencement de septembre lorsqu'une rechute se produisit, avec les mêmes symptômes, à la suite de l'usage de potage à l'oseille. C'est à ce moment que je fus appelé. Le sub-ictère attira naturellement mon attention du côté du foie, mais je trouvai cet organe plutôt petit. Rien dans les urines, notamment pas de pigment biliaire. Gencives fongueuses. Pas de liseré saturnin ; tout au plus un enduit brunâtre autour d'une canine.

Il m'eût été impossible de formuler un diagnostic si la constatation des mêmes symptômes, un peu atténués, chez la sœur du malade, ne m'eût fait supposer quelque intoxication. L'eau ne pouvait être incriminée. Ces malades ne buvaient que du cidre, et ils étaient les seuls à en boire dans la famille. Le cidre était d'excellente provenance mais, pour le faire rafraîchir, on le tirait le soir du tonneau pour le laisser reposer la nuit dans un de ces pichets d'étain très en usage en Normandie. On le buvait à déjeuner et à dîner, mais sans épuiser le pichet. Il y restait donc un résidu de cidre en contact permanent avec le fond du vase. Or, je constatai sur ce fond un dépôt dans lequel l'analyse démontra de nombreux sels de plomb. Elle prouva aussi que le récipient réputé étain était formé d'un alliage contenant une forte proportion de plomb (67 gr. d'étain et 29 gr. de plomb pour 100 gr. d'alliage). Il s'agissait donc d'une intoxication saturnine, plus prononcée chez le jeune homme que chez la jeune femme, sa sœur, parce qu'il consommait une bien plus grande quantité de cidre. De plus, chez lui, l'usage des potages à l'oseille avait dû donner naissance à de l'oxalate de plomb, sel très soluble.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 1er oct. — Présidence de M. SAINT-YVES-MÉNARD

Tumeur fibro-cystique de l'utérus à paroi entièrement vasculaire. — M. BEURNIER relate l'histoire d'une malade qu'il laparotomisa pour une tumeur fibro-cystique de l'utérus; la surface était sillonnée de grosses veines d'où impossibilité de former un pédicule. Hémorrhagie après un effort de vomissements, difficilement arrêtée, à la suite de laquelle la malade succomba. Rareté pathologique dont l'auteur ne connaît pas d'autre exemple.

Plaie du cerveau par balle de revolver. — M. BEURNIER a soigné à Broussais un enfant de 12 ans qui s'était logé une balle de revolver dans la région orbitaire droite. Enucléation opératoire de l'œil. Après quelques phénomènes méningitiques pendant 6 jours, le malade parut guérir, mais trois semaines plus tard hémiplégie gauche qui disparut définitivement après 6 jours. Il s'agit là probablement d'une hémiplégie due à des phénomènes dynamiques produits autour du foyer de méningite traumatique.

M. BELLENCONTRE pense qu'elle était due au déplacement du projectile et cite une observation où ce mécanisme devait être invoqué.

MM. DUCOR et BILHAUT citent des observations de malades qui conservent une balle sans troubles.

Traitement de la congestion pulmonaire à la période d'asphyxie par les enveloppements froids du thorax. — M. SAINT-YVES-MÉNARD vante les résultats qu'il a obtenus par ce traitement chez un enfant atteint de coqueluche avec congestion pulmonaire.

Séance du 15 octobre

Trois observations de syphilis héréditaire tardive. — M. DUBOUSQUET-LABORDERIE. — Le 1er cas concerne un enfant de 8 ans, présentant les symptômes de la phtisie pulmonaire à son dernier période, il y avait des altérations dentaires. Guérison par traitement antiseptique. Le 2e cas concerne un jeune homme de 19 ans atteint de troubles bulbo-médullaires. Le 3e un enfant de 13 ans, frère du précédent, présentant des accidents de névrite rétrobulbaire. Le père de ces enfants a eu la syphilis anciennement.

Guérison des malades par le traitement mixte. — M. BARDET cite une observation d'une femme de 45 ans, sans antécédents personnels, qui présenta à diverses reprises des crises épileptiques précédées par des accès de céphalgie. On essaya le traitement mixte et chaque fois les crises cessèrent. Cependant elle succomba beaucoup plus tard.

Torsion du pédicule dans le kyste de l'ovaire. — M. BILHAUT a observé 2 cas de cette grave complication,

grave par menace de sphacèle, de rupture, d'hémorrhagie. Nécessité de pratiquer la laparotomie. L'opérateur a eu 2 succès récents chez des malades dont l'état général était déjà des plus mauvais.

A. DE CRÉSANTIGNES.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le Congrès de chirurgie a été ouvert le lundi 19 octobre par le discours suivant de M. Terrier, président du 10e Congrès.

Messieurs,

Permettez-moi d'entrer tout de suite dans le sujet que j'ai choisi ; je désire vous entretenir des conditions dans lesquelles nous pouvons et devons nous placer pour faire de la chirurgie vraiment scientifique, celle que nous permettent les méthodes actuelles, et parmi celles-ci une méthode que je me suis toujours efforcé de faire pénétrer dans la pratique : l'asepsie.

Ne pensez pas, messieurs, que devant une assemblée de chirurgiens, la plupart expérimentés, j'aie la prétention de vous exposer ce qu'est l'asepsie, trop souvent et trop longtemps confondue avec l'antisepsie. Cette méthode est connue de la plupart d'entre vous, sinon même de tous ; je n'aurai donc rien ou presque rien à vous apprendre sur son utilisation pratique. Toutefois je désire insister sur sa doctrine, d'autant que dans ces dernières années l'asepsie paraît se substituer peu à peu aux méthodes qui l'ont précédée ; je veux parler surtout de l'antisepsie.

L'asepsie, messieurs, a pour moi une qualité, qui, je l'espère, ne vous semblera pas discutable : elle est essentiellement d'origine française : on peut dire qu'elle est née dans le laboratoire de notre illustre compatriote Pasteur. C'est là qu'elle a pris une forme concrète; c'est de là qu'elle est passée dans la pratique chirurgicale, d'abord d'une façon en quelque sorte indirecte, par l'intermédiaire de Lister et de l'antisepsie, puis d'une façon tout à fait directe, dans la chirurgie dite aseptique. Et je puis vous dire que j'ai toujours été encouragé, dans mes efforts pour répandre l'asepsie en France, par l'approbation des jeunes maîtres du laboratoire de Pasteur, parmi lesquels je tiens à vous signaler en première ligne le Dr Roux.

La doctrine est simple : stériliser tout ce qui sert à opérer ou à panser les blessés ou les malades. C'est là, vous le voyez, une véritable formule mathématique, et non, comme je l'ai bien souvent répété, un calcul de probabilité comme il arrive quand on utilise les substances dites antiseptiques.

Malheureusement, en pratique, et vous le savez tous bien, la formule mathématique pure subit des modifications, en ce sens que, considérant une opération comme une équation à résoudre, deux termes d'une grosse importance ne sont pas absolument soumis à notre formule : la stérilisation.

Ces deux termes sont : d'une part, le malade, d'autre part, le chirurgien.

Dans les deux cas, le chirurgien aseptique est obligé d'abandonner la rigueur de sa méthode ; il lui doit substituer une manière de faire moins parfaite, mais pratique; à l'asepsie il substitue l'antisepsie.

Vous dire, messieurs, que les malades ou blessés ne peuvent qu'être antiseptisés, et qu'il en est de même des chirurgiens, n'a rien de bien nouveau pour vous. Mais combien cette antisepsie est-elle difficile à faire, si l'on tient compte des multiples procédés indiqués par les chirurgiens pour la pratiquer !

Que de manières de se laver les mains ! Combien d'antiseptiques n'a-t-on pas conseillé d'utiliser soit seuls, soit successivement, pour antiseptiser la peau des opérés ! Parfois j'ai été étonné de la résistance des téguments traités de si dure façon ; il est vrai que nombre de fois j'ai pu constater qu'ils étaient en partie dénudés de leur épiderme, ce qui m'a toujours semblé excessif.

Mais, messieurs, si je fais ici cette remarque, c'est non par esprit de critique, mais pour vous bien démontrer que le but à atteindre, la stérilisation des téguments étant impossible à obtenir, on fait tout ce qu'on peut pour s'en approcher et quelquefois même on va trop loin.

Pour mon compte, messieurs, je pense qu'on peut atteindre assez facilement la moyenne de probabilités sur laquelle on peut compter soit pour antiseptiser le blessé ou le malade, soit pour antiseptiser les mains du chirurgien. Mais encore faut-il que les téguments qu'on antiseptise soient intacts.

Cela va de soi, me direz-vous, pour les mains du chirurgien, et vous avez entièrement raison ; toute lésion de ce côté doit interdire l'action chirurgicale; elle devient presque fatalement dangereuse. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du blessé ou du malade, qui peut présenter une lésion septique intéressant ou non les téguments, avec ou sans retentissement général. C'est ici, messieurs, que le problème devient complexe et que, par ce fait seul, il mérite d'attirer votre attention, d'autant qu'à mon point de vue et à celui d'autres chirurgiens, il peut être résolu de façons assez diverses.

Beaucoup de chirurgiens, encore imprégnés de la théorie pure de l'antisepsie, préconisent dans ces cas et d'une façon presque exclusive l'emploi des antiseptiques. Cette manière de faire, affirment-ils, leur donne d'excellents résultats, qu'il y ait ou non infection générale en même temps que lésion septique locale.

En d'autres termes, l'antisepsie est indiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions septiques. L'asepsie, au contraire, n'est utilisable que lorsque les lésions à combattre sont non septiques.

Telle était, en effet, la règle de conduite de la plupart, sinon de tous les chirurgiens, au moins de ceux qui, comme moi, poursuivent l'emploi de l'asepsie avec un certain acharnement et rencontraient, du reste, du côté des chirurgiens antiseptiques, la même opposition que ceux-ci avaient dû combattre tout d'abord, voire même, pour ne pas dire surtout, en Angleterre, berceau de l'antisepsie.

La question en était là quand, sur l'invitation du directeur général de l'Assistance publique à Paris, je publiai une lettre sur l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris (1). On accepta en principe la division des services de chirurgie en deux parties : l'une d'elles était réservée aux blessés ou malades non infectés; on y faisait l'asepsie: l'autre renfermait les blessés ou malades infectés; ils devaient être traités antiseptiquement.

(1) De l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris (*Progrès médical*, 1890).

Sur ces indications, que je croyais toutes théoriques, ent construits à Paris jusqu'à... deux services hospitaers (1), on pourrait même dire un service et demi, car n de ces services n'est ainsi installé que pour les femmes. est juste d'ajouter qu'un autre hôpital est bâti d'après ces tions assez simples : c'est l'hôpital Boucicaut, dont on end toujours l'ouverture.

Je vous ai dit, messieurs, qu'en 1890 je considérais cette vision des services hospitaliers comme nouvelle et théoque ; or, je me trompais, et quelques années plus tard i retrouvé cette organisation fonctionnant parfaitement en à Saint-Pétersbourg, dans le service de G. Trachtenrg, à l'hôpital Marie. J'avais le plaisir de rencontrer en ussie la confirmation de mes opinions théoriques ; j'y viendrai ultérieurement.

Mais, messieurs, les formules chirurgicales, comme bien autres, non des moins prétentieuses, ne durent pas longmps, ou plutôt se modifient, et ceci tant mieux, car le ogrès ne s'obtient qu'à ce prix.

Une évolution nouvelle s'est faite au point de vue théoque, et elle a eu aussitôt son retentissement dans la praque. Je m'explique.

On en est venu à douter de la valeur réelle des antiseptiues ; déjà ou contestait absolument leur action sur les ores, et, pour mon compte, je la considérais, toujours l'appuyant sur les recherches de Pasteur, comme entièrement nulle. Or, cette insuffisance entraînait fatalement une fficacité notablement amoindrie de leur action.

De plus, cette action réellement utile fut regardée comme rès superficielle et ne s'étendant qu'à fort peu de distance ans l'épaisseur des tissus infectés Or, les foyers septiques résentent autour d'eux une zone assez étendue où les éléents anatomiques sont imprégnés soit de microbes, soit e spores.

Qu'en conclure ? C'est que l'action de l'antiseptique est rès superficielle et qu'elle modifie bien peu profondément es tissus imprégnés des éléments septiques, alors même que ceux-ci sont des éléments microbiens bien développés et non des spores.

On constata en outre que, lorsque les antiseptiques sont ssez énergiques pour détruire ou même simplement modifier la vitalité des microbes, ils agissaient aussi sur les tissus ains, et pouvaient même les compromettre d'une façon érieuse. D'ailleurs tout le monde sait quel est le peu de ésistance d'un certain nombre d'éléments anatomiques et ombien de recherches il a fallu faire pour que les liquides alés des injections dites à tort de sérum artificiel, n'altèrent en rien les éléments anatomiques, c'est-à-dire ne soient pas nuisibles.

Mais les substances dites antiseptiques ont encore d'autres actions, presque toutes nocives : absorbées par les réseaux sanguin ou lymphatique, elles déterminent des intoxications qui, malheureusement, ne sont plus à démontrer, depuis la remarquable thèse d'agrégation de mon ami le Dr Félix Brun.

Enfin, leur élimination par l'appareil rénal peut déterminer dans les reins des lésions temporaires ou persistantes d'une gravité absolument exceptionnelle. La fréquence si grande des urines noires, au temps de l'antisepsie listérienne, en était une preuve indubitable sur laquelle il nous paraît inutile d'insister plus longtemps.

Trop souvent, alors que nous utilisions la méthode antiseptique pure, nous constations, après les grandes et graves opérations, des accidents généraux se traduisant par des symptômes d'anurie ou de diminution des urines, avec apparition de l'albumine. Ces accidents qui compromettaient, et à bref délai, la vie de nos opérés, étaient dus évidemment à des causes multiples, mais, parmi ces causes, l'intoxication produite par les antiseptiques et les lésions rénales développées sous leur influence tenaient souvent le premier rang.

Que de fois n'avons-nous pas vu rattacher ces accidents au fameux choc opératoire, que l'on écrivait du reste avec l'orthographe anglaise Shock, ce qui, je m'empresse d'ajouter, n'augmentait en rien l'intelligence des faits que nous observions.

En somme, messieurs, vous le voyez, les accidents dus à l'usage et souvent à l'abus des antiseptiques étaient fréquents et étaient dangereux. On s'est donc efforcé de les amoindrir, et pour cela on a d'abord diminué la dose des substances utilisées, puis peu à peu, et on peut dire tout naturellement, des chirurgiens, et je suis du nombre, ont été conduits à les abandonner en grande partie et à utiliser presque exclusivement l'asepsie, qui elle, au moins, ne présente aucun danger.

Après ces quelques considérations générales, il est facile de comprendre qu'au lieu d'avoir deux services, l'un d'antisepsie et l'autre d'asepsie, les chirurgiens aient préféré traiter tous les blessés ou malades par l'asepsie pure, ne conservant l'usage des antiseptiques que pour des cas relativement exceptionnels, et plutôt à titre de désinfectants qu'à celui d'antiseptiques proprement dits. C'est précisément ce qu'a fait, et déjà depuis quelque temps, le chirurgien russe dont je vous ai déjà cité le nom, le docteur G. Trachtenberg, de l'hôpital Marie, que j'ai eu le plaisir de recevoir dans mon service de Bichat, il y a à peine un mois. Tout en conservant absolument intacte la division des malades ou blessés en infectés ou non infectés, septiques ou aseptiques, au lieu d'utiliser deux méthodes comme il le faisait jadis, il n'emploie plus que l'asepsie et très exceptionnellement l'antisepsie jadis classique.

Tel est aussi le but que je me suis proposé d'atteindre dans mon service hospitalier depuis quelque temps, bien que dans ce service, comme dans la plupart des services français que j'ai pu visiter, il y ait une promiscuité parfaite entre les malades ou blessés septiques et les malades ou blessés aseptiques. Du reste, je l'ai dit déjà et m'empresse de le répéter ici, la plupart des administrations hospitalières, même celles qui devraient être les plus éclairées, semblent ignorer absolument les notions les plus élémentaires de l'hygiène hospitalière chirurgicale.

Et cependant, il y a déjà longtemps que cette division des services s'impose ; elle est acceptée au moins à Paris pour les services d'accouchement ; elle devrait donc exister aussi pour les services de chirurgie : tous ou presque tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, qui permet d'éviter la moindre contamination, le plus petit accident provenant de la présence d'un malade infecté au milieu d'autres non infectés.

Messieurs, par ce qui précède, je viens de chercher à vous montrer dans quel sens tend à se diriger la chirurgie

(1) L'antisepsie et l'asepsie. Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire (*Progrès médical*, 1893).

actuelle ; je me suis efforcé de vous rappeler l'origine scientifique et très française de cette orientation, et j'espère, sinon vous avoir tous convaincus, au moins avoir fait pénétrer dans vos esprits les notions ou mieux les principes scientifiques qui guident un certain nombre d'entre nous, pour entrer résolument dans cette voie d'ailleurs déjà suivie par nombre de chirurgiens : l'asepsie substituée à l'antisepsie listérienne ou autre.

Messieurs, je viens de vous soumettre une doctrine chirurgicale, et, m'appuyant sur les données de science pure, des faits de laboratoire indiscutables, je vous en ai vanté les résultats pratiques.

Permettez-moi maintenant quelques remarques sur l'application de ces données scientifiques, surtout pour vous montrer combien aujourd'hui même nous sommes éloignés de l'époque où l'on pourra faire de la chirurgie subordonnée aux méthodes actuelles, méthodes acceptées en principe et en fait par la majorité des chirurgiens français.

Jetons donc ensemble un coup d'œil sur ce que pourrait être l'installation de nos services en chirurgie, quel devrait être leur fonctionnement, quel service pourrait rendre leur personnel.

Et surtout, messieurs, n'insistons pas ou peu sur ce qu'ils sont actuellement, voire même dans les grandes villes.

Un des membres les plus autorisés du Conseil municipal de Paris, M. Paul Strauss, dans un récent article sur le budget et les grands travaux de Paris (1) se charge de vous l'exposer en quelques mots assez topiques : « la plupart de nos hôpitaux, dit-il, sont dans un état déplorable, à peine différents de ce qu'ils étaient il y a un demi-siècle. » Ce n'est certes pas moi qui contesterai cette assertion, bien au contraire.

Les services de chirurgie devraient être absolument isolés des autres services hospitaliers ; c'est chose courante dans bien des pays, c'est exceptionnel en France. Fait étrange, sur lequel j'insiste encore, cet isolement est absolument accepté pour les services d'accouchement au moins à Paris ; l'administration n'hésite pas à faire pour eux des sacrifices extraordinaires, mais elle ne paraît pas se douter que les mêmes sacrifices s'imposent pour les services chirurgicaux, et les chirurgiens qui demandent cette séparation complète sont qualifiés de doctrinaires.

Or, j'ai vu des salles affectées à un service de clinique chirurgicale qui servent de lieu de passage, et cela dans un vieil hôpital. Du reste, messieurs, étant donné ce que j'ai pu constater récemment et de visu, les cliniques chirurgicales de nos Facultés ne sont guère mieux partagées que les services qui ressortissent aux diverses administrations hospitalières ; peut-être même ces derniers sont-ils mieux installés.

Cette séparation des services chirurgicaux, messieurs, entraîne fatalement l'isolement des élèves du service, et du personnel, comme cela se fait d'ordinaire à l'étranger et dans nos installations nouvelles des services d'accouchement.

Chaque service chirurgical devait être subdivisé en deux : un service affecté au traitement des blessés ou malades infectés ; l'autre service destiné aux malades ou blessés non infectés. Je vous ai déjà dit que cette disposition existait dans deux services de la capitale, mais je crois que ce [illegible] les seuls.

Lorqu'un malade chirurgical ou un blessé pénètre [illegible] l'hôpital, il devrait être examiné par un assistant auto[illegible] faisant la garde de chirurgie, et indiquant tout de su[illegible] dans quelle catégorie le blessé doit être placé.

J'ai déjà exposé ailleurs (1) l'utilité des salles d'obser[illegible] tion pour les cas, assez exceptionnels, où cette distinct[illegible] ne peut être faite tout de suite.

Quoi qu'il en soit, infecté ou non, le malade ou bl[illegible] doit, avant son entrée dans les salles, être nettoyé, dél[illegible] rassé de ses vêtements, et si possible baigné, et cela d[illegible] un service spécial, et par un personnel non moins spé[illegible] le tout sous la surveillance de l'assistant de garde.

J'ai déjà demandé, et j'y reviens encore ici, que dans [illegible] grands services de chirurgie, dans les cliniques de [illegible] Facultés, l'assistant chirurgien de garde soit aidé nui[illegible] jour par un certain nombre d'élèves, de façon que les b[illegible] sés ou malades entrant puissent recevoir des soins im[illegible] diats et efficaces. J'ai insisté sur l'importance de la val[illegible] chirurgicale que doit avoir cet assistant, car il a souve[illegible] prendre de graves déterminations, soit qu'il fasse lui-mê[illegible] les interventions urgentes, soit qu'il doive faire préveni[illegible] plus tôt un chirurgien.

C'est en 1894, messieurs, que j'ai indiqué dans ce m[illegible] amphithéâtre (2) ces nombreux *desiderata* ; j'ajouterai [illegible] depuis lors, rien ou à peu près n'a été fait dans ce sens [illegible] moins à Paris. Nos collègues et nos confrères de prov[illegible] sont-ils plus heureux ? nous avons lieu d'en douter.

Et cependant, Messieurs, me rappelant ce que j'a[illegible] observé, il y a déjà plus de 7 années, dans les villes an[illegible] caines de l'Est, il me paraissait et il me paraît en [illegible] logique d'établir ces secours immédiats en les combi[illegible] avec l'assistance sur la voie publique.

A Paris, je dois le dire, en présence de l'impuissanc[illegible] notre administration de l'Assistance publique, le Co[illegible] municipal de la ville a fait étudier cette question avec [illegible] et il y a lieu d'espérer que, dans peu de temps, ce qu[illegible] toujours assez long d'ailleurs, nous serons sur ce poin[illegible] niveau des installations des Etats-Unis, installations [illegible] là sont du ressort des administrations hospitalières [illegible] datent de fort longtemps déjà. Je n'insiste pas plus long[illegible] ment sur ce point spécial, mais je tiens à le signaler, [illegible] tant que dans d'autres grandes villes françaises des ef[illegible] couronnés de succès ont été faits dans ce sens ; je puis [illegible] citer Bordeaux.

Je vous dirai peu de chose, messieurs, de l'installa[illegible] des amphithéâtres de chirurgie ; vous êtes pour la plu[illegible] au courant de cette question, et il suffit de lire les rec[illegible] de chirurgie pour affirmer que, peu à peu, cette inst[illegible] tion se perfectionne et surtout se simplifie, ce qui pour[illegible] est une grande qualité.

On peut affirmer que les récents efforts faits dans ce [illegible] par les chirurgiens français, soit dans des installat[illegible] hospitalières, soit pour des installations privées, ont [illegible] considérables.

Du reste, il est facile de résumer en quelques lign[illegible]

(1) *Revue politique et littéraire (Revue bleue)*, 12 septembre [illegible] p. 324.

(1) De l'organisation des services de chirurgie, etc. *Pr[illegible] médical*, 1890.

(2) Des soins à donner aux blessés des grandes villes. *I[illegible] d'ouverture du cours de médecine opératoire*, 7 novembre [illegible]

peut être l'amphithéâtre tel qu'on le comprend aujourd'hui : la salle où l'on opère doit être aussi simple, j'allais dire aussi nue que possible, et il faut y éviter la présence de ces appareils coûteux et complexes, de ces tables plus ou moins machinées, le plus fréquemment inutiles.

C'est à côté de cette salle que doivent être installés tous les appareils utilisés pour la stérilisation de l'eau, des instruments et des pansements ; tous les flacons pour tenir les solutions antiseptiques employées pour le lavage des mains et des téguments, enfin les produits pharmaceutiques comme les anesthésiques, les solutions titrées de morphine, de caféine, etc.

Enfin un mot, à côté de la salle d'opérations doit être un véritable laboratoire, dont l'organisation et la tenue sont les plus complexes et duquel dépend la sûreté dans les résultats opératoires. On ne saurait donc trop le soigner, le surveiller et en confier la direction à un préparateur en qui le chirurgien ait toute confiance.

Jusqu'ici, messieurs, j'ai dans mes internes en pharmacie trouvé des collaborateurs aussi dévoués que possible ; aussi les ai-je toujours défendus (1), mais on conçoit parfaitement que dans certaines conditions ils soient remplacés par de véritables préparateurs comme je l'ai vu plusieurs fois, et même que ces préparateurs soient des dames surveillantes.

Faut-il avoir deux amphithéâtres d'opérations ? Je répondrai très nettement oui pour les grands services chirurgicaux : l'un annexé au département des malades ou blessés infectés, l'autre au département des malades ou blessés aseptiques. Lorsque les services ne sont pas considérables, on peut à la rigueur n'utiliser qu'un seul amphithéâtre, ce que l'on fait d'ailleurs dans nombre de maisons de santé chirurgicales.

Mais, messieurs, nos services chirurgicaux ont encore besoin d'autres annexes, surtout si vous considérez absolument la chirurgie qui s'y fait comme scientifique. Il leur faut des laboratoires, et des laboratoires bien organisés, bien que cela semble parfaitement inutile à certains membres du corps enseignant, qui l'ont malheureusement soutenu dans une des dernières séances de la Chambre des députés. Nier la valeur des laboratoires, surtout dans un pays où les laboratoires ont permis à Pasteur des découvertes si extraordinaires et si utiles pour nous, me paraît scientifiquement inexplicable ; aussi je m'empresse de ne pas insister sur ce pénible sujet.

Il faut donc des laboratoires, car le chirurgien a besoin de recherches chimiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques ; souvent même il faut expérimenter sur les animaux à l'instar des physiologistes, car nombre de questions chirurgicales sont encore à l'étude, et quoi qu'on puisse penser de nos progrès, il nous reste énormément à faire.

Quand ces nombreuses modifications seront obtenues, quand la plupart d'entre nous seront en possession de moyens d'actions perfectionnés, alors, messieurs, nous pourrons faire, grâce aux notions scientifiques qui nous ont été révélées par notre illustre Pasteur, tout ce qui est possible pour sauver nos malades et guérir nos opérés.

L'opération en elle-même sera, je le répète, la résolution d'une équation dont la plupart des termes nous seront absolument connus. Certes jamais nous ne posséderons tous ces termes, mais nous irons aussi loin que possible dans cette recherche.

Si j'affecte une sorte d'exposé mathématique dans ces conclusions, c'est que, messieurs, nous autres chirurgiens, nous sommes trop facilement en butte aux critiques de certaines classes dites dirigeantes de notre pays. Il ne semble pas pour elles que le chirurgien soit autre qu'un homme habile à manier le couteau ou ses dérivés ; elles ne se doutent pas de la somme de connaissances qu'il est obligé d'acquérir, et cela à cause de sa spécialisation.

Des faits tout récents nous ont trop montré que le siècle prochain ne verrait pas se modifier cette singulière manière de juger la chirurgie et les chirurgiens ; après plus de cent ans, Beaumarchais a toujours raison.

(1) Du laboratoire d'asepsie et d'antisepsie nécessaire aux services de chirurgie, par F. Terrier et G. Latham. *Revue de Chirurgie*, janvier 1896.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement du coryza. — La médecine, dit M. Lermoyez, n'est pas aussi désarmée contre le coryza qu'on le suppose : 1° elle peut l'enrayer dès son début ; 2° elle peut pallier notablement les deux phénomènes pénibles qu'il éveille ; 3° elle peut prévenir le plus souvent les complications qu'il entraîne.

Le *traitement abortif* consiste en moyens locaux. Certains d'entre eux donnent d'excellents résultats. Mais si, au bout de douze heures, leur effet ne s'est pas produit, il faut les mettre de côté, car leur action irritante, en se prolongeant, exaspérerait le coryza, La formule suivante simplifiée du remède de Brand, donne de bons résultats :

Acide phénique pur.....	} âà	5 grammes
Ammoniaque liquide.....		
Alcool à 90°.....		10 —
Eau distillée.....		15 —

On verse toutes les deux heures X gouttes de ce mélange sur du papier buvard et on respire les vapeurs par le nez pendant quelques secondes.

Parmi les poudres abortives, la suivante, qui doit être finement pulvérisée, est excellente ;

Chlorhydrate de cocaïne.....	0,50 centigr.
Menthol.....	0,30 —
Salol.....	5 grammes
Acide borique.....	15 —

Priser une forte pincée toutes les heures.

Chaque prise provoque un abondant écoulement muqueux, après lequel survient un grand soulagement. On a encore conseillé, pour couper le coryza, de renifler de l'eau-de-vie ou du jus de citron pur : ce sont des remèdes violents dont il faut s'abstenir ; non seulement ils sont très douloureux, mais ils déterminent une irritation intense dont les conséquences peuvent être dangereuses.

Parmi les moyens internes abortifs, un seul mérite quelque confiance relative. C'est le mélange à parties égales de teinture de belladone et d'alcoolature de racine d'aconit, dont on prendra XXX gouttes en deux fois. Enfin, une sudation énergique, provoquée par un bain de vapeur, a parfois un résultat immédiat.

Ces moyens abortifs sont suffisants dans les cas ordinaires. Mais, pour certains sujets, chez qui le coryza amène presque inévitablement, à chaque atteinte, des acci-

dents otiques ou bronchiques graves, il faut agir avec un peu plus d'énergie : séjour au lit, avec révulsion sur les membres inférieurs ; transpiration abondante sollicitée par des boissons alcooliques chaudes, par une potion à l'acétate d'ammoniaque (6 à 10 gr.) ou par des prises de poudre de Dower (30 à 50 centigr.).

Si on n'a pu enrayer le coryza, le traitement palliatif s'impose. Pour rétablir la perméabilité nasale, on fait des pulvérisations toutes les deux ou cinq heures avec un pulvérisateur de Richardson, de la solution tiède et bouillie de chlorhydrate de cocaïne au centième.

On peut aussi incorporer la cocaïne à une poudre légèrement antiseptique :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0,50 centigr.
Menthol.....	0,25 —
Salicylate de bismuth. ... }	âà 5 grammes
Sucre de lait..... }	

S'il y a des raisons de craindre l'intoxication cocaïnique, n prescrira l'huile mentholée :

Huile d'olive pure.....	20 grammes
Menthol.....	1 —

Projetée dans le nez à l'aide d'un pulvérisateur.

Pour calmer les névralgies du trijumeau ainsi que pour combattre l'infection générale, on prescrira de prendre à chacun des trois repas un cachet renfermant :

Chlorhydrate de quinine.....	0.20 centigr.
Antipyrine.....	0,50 —

Pour prévenir l'érythème de l'orifice des narines, que produit le contact des sécrétions nasales, on fera graisser l'entrée du nez et la lèvre supérieure avec de la vaseline boriquée.

Enfin, quelques précautions hygiéniques seront indiquées. Séjour à la chambre s'il y a de la fièvre, éviter de se moucher ou d'éternuer avec force, proscrire les lavages du nez à la période aiguë du coryza.

Le traitement prophylactique a une grande importance pour certains individus chez qui les coryzas éclatent au moindre refroidissement. Il comprend deux indications majeures : 1° il faut aguerrir ces individus aux intempéries ; 2° traiter les lésions chroniques du nez qui sont le point de départ de la rhinite aiguë : ce sont ordinairement les végétations adénoïdes dans l'enfance, la rhinite hypertrophique chez les adultes ; il n'est pas rare que chez ceux-ci l'ablation des queues de cornet hypertrophiées fasse cesser définitivement des coryzas récidivants. (*Journal des praticiens.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(année scolaire 1896-97)

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1896 :

Cours : *Chimie appliquée à la médecine.* — M. Gautier. Applications de la chimie générale à la médecine. — Mardi, jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Anatomie, — M. Farabeuf. Abdomen et bassin.— Lundi mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Histologie. — M. Mathias-Duval. Les épithéliums et les glandes, — La peau et les organes des sens. — Les muqueuses. — Le foie. — Le rein. — Les éléments de la génération. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Physiologie. — M. Richet. Fonctions de nutrition, respiration et de circulation. — Lundi, mercredi, veudredi à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie chirurgicale, — M. Lannelongne (M. Ricard, agrégé, suppléant). Bassin et organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. — Lundi, mercredi, vendredi à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie médicale. — M. Debove. Maladies de l'appareil digestif. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Straus. La bactériologie dans ses applications à la médecine. Technique bactériologique. — Principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale à l'Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Cornil. Anatomie pathologique des organes de la circulation et de la respiration. Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — Mercredi à 2 heures (Ecole pratique).

Thérapeutique. — M. Landouzy. Des indications thérapeutiques et des médications au cours des affections de l'appareil respiratoire (phtisie pulmonaire). — Lundi, mercredi, vendredi à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie et matière médicale. — M. Pouchet. Etude des modificateurs du système nerveux : I. Antispasmodiques — II. Modificateurs du système nerveux périphérique. — III. Modificateurs névro-musculaires. — IV. Sédatifs et stimulants de l'action nerveuse : Excitateurs et modérateurs réflexes. — V. Modificateurs intellectuels. Mardi, jeudi, samedi à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène. Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie. — Bibliographie et biographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi à 4 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel. Lundi, mercredi, vendredi à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques : *Cliniques médicales.* — M. Potain. Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — M. Jaccoud, mardi, samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — M. Hayem. Mardi jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Dieulafoy. Mercredi à 9 h. 1/2 ; samedi à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Cliniques chirurgicales. — M. Duplay. Mardi, vendredi à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — M. Le Dentu. Mardi, vendredi (à l'hôpital Necker). — M. Tillaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité). — M. Berger, lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Joffroy. Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé de cours). Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Fournier. Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Raymond. Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique. — M. Panas. Lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon. Mercredi, samedi à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Tarnier. Mardi, samedi, à 9 heures (à la clinique d'accouchements, rue d'Assas). — M. Pinard. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

Conférences : *Anatomie.* — M Poirier agrégé. Système nerveux central. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie générale élémentaire. — M. Ménétrier, agrégé. Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie interne. — M. Widal, agrégé. Maladies du cœur et des vaisseaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique)

Pathologie externe. — M. Lejars, agrégé. Chirurgie des membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Thoinot, agrégé. Attentats à la pudeur. — Viol. Infanticide. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — M. Netter, agrégé. Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles. — Tuberculose. — Lèpre. — Maladies communes à l'homme et aux animaux. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphitéâtre de la Faculté).

Obstétrique, M. Bonnaire, agrégé. La grossesse. — Accouchement normal. — Suites de couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveaux-nés. — Pathologie de la grossesse. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé. Difformités cutanées. — Dermatoses pigmentaires. — Dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau. — Dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

Travaux pratiques : *Chimie biologique.* — M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Manipulations de chimie biologique. Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (Ecole pratique).

Anatomie. M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et aides d'anatomie. — Tous les jours, de 1 heure à quatre heures (Ecole pratique).

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique).

(Des affiches spéciales feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques).

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Le jury de l'internat est définitivement composé de la façon suivante : MM. Brocq, Guyot, Achard, Merklen, Lejars, Guinard, L. Labbé, Berger, Varnier et Lucas-Championnière.

La composition écrite a eu lieu lundi à midi. La question sortie de l'urne était la suivante : Veine porte (tronc et origine). Des perforations intestinales,

Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : Œsophage; cancer de l'œsophage. — Trachée; adénopathie trachéo-bronchique.

Le nombre des candidats était de 550. Il y a eu 306 copies déposées.

Le jury s'est partagé en deux sections :

Pathologie : MM. Merklen, Achard, Léon Labbé, Guinard, Varnier. Anatomie : MM. Brocq, Guyot, Berger, Lejars, Championnière.

La section d'anatomie entendra la lecture des copies dans l'ordre normal du tirage du n° 1 au n° 306.

Pour la pathologie, la lecture commencera du n° 154 au n° 306 pour se continuer du n° 1 au n° 153.

Le jury du concours de l'externat s'est partagé en deux sections :

Anatomie : MM. de Gennes, Jacquet, Rieffel, Villemin.

Pathologie : MM. Lesage, Courtois-Suffit, Arrou, Potocki.

Le nombre des candidats inscrits est de 819.

La première séance a eu lieu le 20 octobre; elle a été comme à l'habitude consacrée aux candidats militaires pour l'anatomie. Le sujet était : omoplate.

Concours pour la médaille d'or. — Les jurys sont provisoirement ainsi formés :

Médecine : MM. Fernet, Gilles de la Tourette, Gingeot, Hirtz, Tuffier.

Chirurgie : MM. Th. Anger, Auvard, Bazy, Empis, Quénu.

Distinctions universitaires. — Officiers d'Académie. Sont nommés : M. le Dr Casaux, conseiller d'arrondissement d'Oloron; M. le Dr Juppé, maire d'Arudy (Basses-Pyrénées),

Clinique nationale des Quinze-Vingts. — Le concours pour une place de chef de clinique s'est terminé par la nomination de M. le Dr X. Dariex.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté ministériel en date du 10 octobre 1896, M. le docteur Toulouse, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est promu à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er octobre 1896.

Il recevra, en conséquence, à dater de cette époque, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 4,000 francs déterminé par le décret du 19 octobre 1804.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 9 octobre 1896 ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Boissier, Mage,

Ozanon, Lucas, Paviot, Gautrelet, Méheux, Kaminski, Gosset, Molinié, Simon, Durand, Berthaud, Chollet, Rabbe, Sortais, Baudron, Vénassier, Bonavita, Winstel, Moret Piedvache, Bertrand, Nové-Josserand, Doucy, Gagey, Audoucet, Mari, Boujol, Vallée, Douhsiret, Santenoise, Carpentier, Ringot et Minet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Iscovesco, Pollosson, Sanchez-Toledo, Dupret, Calot, Robin, Basset, Verlhac et Malapert.

Médecine franco-russe. — Dans la séance du 14 octobre, M. le président de la Société de chirurgie a donné lecture du télégramme suivant qu'il venait de recevoir :

« Le Cercle des médecins de Moscou, célébrant son anniversaire, envoie, en mémoire de la semaine franco-russe, à ses confrères français, l'expression de sa plus grande sympathie.

Vive la France !

Le président, Alexandre Solovief. »

M. le président a proposé d'envoyer au Cercle des médecins de Moscou le télégramme suivant :

« La Société de chirurgie de Paris, très touchée du télégramme du Cercle des médecins de Moscou, lui envoie l'expression de sa profonde sympathie, et se réjouit de la fraternité scientifique qui unit aussi les deux peuples.

Vive la Russie !

Le président, Charles Monod. »

Cette proposition a été acceptée par acclamation.

Curieuse annonce tirée du *Scalpel.*— *Un praticien, que sa santé oblige à quitter le pays en hiver, désirerait connaître un malade se rendant dans une station climatérique et qui tiendrait à être accompagné d'un médecin. Écrire bureau du journal.*

Pas trop bête, le confrère, mais ne manque pas de toupet.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Excursions et Algérie et en Tunisie. La Compagnie P.-L.-M. offre aux personnes qui désirent se rendre en Algérie et en Tunisie diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes permettant de visiter les parties les plus intéressantes de ces deux régions.

La nomenclature complète de ces voyages avec prix et conditions figure dans le Livret-Guide P.-L.-M. qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau ou envoyé contre 0 fr. 75 en timbres-poste adressés au Service central de l'exploitation (publicité) 20, boulevard Diderot, à Paris.

La mortalité à Paris. — Pendant la 42e semaine, du 11 au 17 octobre, le service de la statistique a compté 751 (1) décès au lieu de 784 pendant la précédente semaine (semaine franco-russe) et au lieu de la moyenne 833.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (16 au lieu de 18 et de la moyenne 37), la fièvre typhoïde a causé 5 décès au lieu de 6 et de la moyenne 11, la scarlatine 11 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 2, la coqueluche 4 au lieu de 5 et de la moyenue 5, la diphtérie 6 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 13.

Il n'y a pas eu de décès, ni par variole, ni par typhus, ni par influenza, ni par rougeole (depuis 15 jours il n'y a eu fait sans précédent aucun décès attribué à cette affection).

(1) Ce chiffre compte parmi les plus faibles observés depuis 1880 et qui ont tous été constatés cette année (698, 716, 722, 753).

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 38 décès au-dessous de 1 an au lieu de 34 et de la moyenne 56.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 53 décès (au lieu de 64 pendant la semaine précédente et au lieu de 71, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 11) ; bronchite chronique, 13 décès (au lieu de la moyenne 15) ; broncho-pneumonie, 18 décès (au lieu de la moyeune 25) ; pneumonie, 17 décès (au lieu de la moyenne 30). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 32 décès, dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 15 décès ; la méningite simple, 23 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès : l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 43 décès, et les maladies organiques du cœur, 53 ; le cancer a fait périr 46 personnes. Enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 12 suicides, et 15 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 400 mariages.

On a enregistré la naissance de 1030 enfants vivants (506 garçons et 524 filles), dont 735 légitimes et 295 illégitimes. Parmi ces derniers, 38 ont eté reconnus immédiatement.

On a déclasé la mise en nourrice de 366 enfants, dont 15 seront placés à Paris, Parmi ces enfants, 94 seront nourris au sein et 272 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 77 morts-nés(dont 50 légitimes et 27 illégitimes.

Nécrologie. — Nous avions, après le *Concours médical*, annoncé la mort du Dr Boyron (d'Amagne). Nous apprenons avec plaisir que ce confrère, qui a été en effet gravement malade, est actuellement complètement guéri.

Le Dr Vialle, de Paris, reçu en 1872, rédacteur en chef de l'*Actualité médicale*. — M. Trécul (Auguste), membre de l'Académie des sciences pour la section de botanique, est mort jeudi dernier à la maison municipale de santé à l'âge de 78 ans — Le Dr Albert de Toulouse, reçu en 1878. — Le Dr E. Trastour, Profr honoraire à l'école de médecine de Nantes, décédé à l'âge de 68 ans. — Le Dr Vignes, de Corbeil, reçu en 1868. — Le Dr Brazier, de Paris, reçu en 1879. — Le Dr Guillaume, de Paris. — Le Dr Saux, de Saint-Gaudens, reçu en 1868.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borat de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.